

# TRAUMA E PREMATURIDADE: O QUE FAZER DIANTE DO NASCIMENTO INESPERADO DE UM BEBÊ?

**Andréa Leão Leonardo-Pereira de Freitas**

*Universidade de Brasília*

**Eliana Rigotto Lazzarini**

*Universidade de Brasília*

Recebido em: 13/04/2020

1ª revisão em: 24/05/2020

Aceito em: 13/10/2020

## RESUMO

Este artigo propõe um estudo teórico acerca do nascimento prematuro como um evento traumático para o bebê e a sua família, especialmente para a mãe, que também pode ser considerada uma mãe prematura. Primeiramente, falaremos sobre o trauma no contexto específico do nascimento prematuro. O trauma do nascimento será apresentado como uma falha ambiental, que está relacionada à falta de provisão dos cuidados maternos, primordiais no estágio de dependência absoluta. Depois, apontaremos possibilidades de intervenção precoce, com o objetivo de evitar a cristalização da dor e do sofrimento psíquico ocasionados pelo nascimento antecipado. O trabalho psicanalítico individual ou em grupo de escuta, bem como a literatura e o Método Canguru são mencionadas como caminhos para as mães fazerem um contorno naquilo que é real, indizível traumático, para conseguirem estabelecer um vínculo afetivo com o seu filho.

**Palavras-chave:** prematuridade; trauma; psicanálise.

## TRAUMA AND PREMATURITY: WHAT TO DO IN FACE OF THE UNEXPECTED BIRTH OF A BABY?

### ABSTRACT

This paper proposes a theoretical study on premature birth as a traumatic event for the baby and his family, especially for the mother, who can also be considered a premature mother. First, we are going to talk about trauma in the specific context of premature birth. The birth trauma will be presented as an environmental failure, which is related to the lack of provision of maternal care, essential in the stage of absolute dependence. Then, we will point out possibilities for early intervention, in order to avoid crystallization of pain and psychological suffering caused by early birth. Individual or group psychoanalytic work, as well as literature and the Kangaroo Method are mentioned as ways for mothers to outline what is real, unspeakable and traumatic, in order to establish an affective bond with their child.

**Keywords:** prematurity; trauma; psychoanalysis.

## TRAUMA Y PREMATURIDAD: ¿QUÉ HACER ANTE EL NACIMIENTO INESPERADO DE UN BEBÉ?

### RESUMEN

Este artículo propone un estudio teórico sobre el parto prematuro como un evento traumático para el bebé y su familia, especialmente para la madre, que también puede considerarse una madre prematura. Primero, hablaremos sobre el trauma en el contexto específico del parto prematuro. El trauma del nacimiento se presentará como una falla ambiental, relacionada con la falta de provisión de atención materna, esencial en la etapa de dependencia absoluta. Luego, señalaremos las posibilidades de intervención temprana, a fin de evitar la cristalización del dolor y el sufrimiento psicológico causado por el parto prematuro. El trabajo psicoanalítico individual o grupal, así como la literatura y el Método Canguro se mencionan como formas para que las madres describan lo que es traumático real e indescriptible, a fin de establecer un vínculo emocional con su hijo.

**Palabras clave:** prematuridad; trauma; psicoanálisis.

## INTRODUÇÃO

Este artigo propõe um estudo teórico acerca do nascimento prematuro como um evento traumático para o bebê e a sua família, especialmente para a mãe, que também pode ser considerada uma mãe prematura. Buscaremos problematizar o conceito de trauma nesse contexto singular do nascimento prematuro, que ocorre de modo abrupto e inesperado, colocando a família em uma posição de vulnerabilidade para o enfrentamento dessa situação traumática. A seguir, apontaremos alguns caminhos e possibilidades de intervenção que podem auxiliar as famílias no deslizamento dessa vivência tão significativa de dor e sofrimento. Assim como Druon (1999, p. 41), acreditamos que permitir o discurso e a fala dos pais sobre esse acontecimento traumático, que consiste nesse “nascimento diferente dos outros”, pode diminuir seus efeitos no só-depois (*après-coup*).

Durante a gestação a mulher vive um estado narcísico e fusional com o bebê, em que ele é sentido psiquicamente como parte do seu corpo. Esse seria o bebê imaginário, segundo Lebovici (1987), portador de sonhos e devaneios maternos e de valores que são transmitidos de geração em geração. O estado narcísico e fusional da gravidez é interrompido pelo parto. O nascimento impõe uma separação corporal que é de certo modo traumática, tanto para a mãe quanto para o bebê. Enquanto no decorrer da gestação, o feto vai se integrando à imagem corporal da mulher, no nascimento esta terá que integrá-lo psiquicamente como um ser separado. Gradativamente, após o parto, o bebê imaginário vai sendo desinvestido, para que o bebê real possa ocupar o lugar na vida psíquica dos pais. Por meio das respostas do bebê aos devaneios maternos, o bebê real gratificará a mãe, renarcisando-a, o que favorecerá a elaboração do luto do bebê imaginário (Camarotti, 2000).

Entretanto, falaremos nesse artigo sobre um bebê que nasce abruptamente antes da 37ª semana de gestação, infligindo aos pais uma ferida narcísica, reenviando-os à vivência de falha. Nesse sentido, estamos diante de um bebê agente de frustração, o que dificultará o luto do bebê idealizado durante a gravidez.

Freud (1926/2014) e Winnicott (1949/1978; 1949/1990; 1965/1994) apontam para entendimentos antagônicos em relação ao trauma do nascimento. Para Freud, o nascimento é um fenômeno traumático, não pela separação do feto em relação à mãe, pois segundo ele, nesta fase intrauterina, a mãe não era objeto, e, por esta razão, o bebê não poderia sentir a sua falta, mas por considerar o nascimento como o protótipo da angústia.

Winnicott (1949/1978), por outro lado, compreende que a experiência do nascimento normal, ou seja, saudável, juntamente com outras experiências favoráveis, propicia o desenvolvimento da confiança, do sentido de sequência, estabilidade e segurança. Para ele, a experiência do nascimento pode ser dividida em três categorias: a primeira, uma experiência normal; a segunda, uma experiência traumática comum e a terceira, uma experiência de nascimento de natureza

traumática extrema. Acreditamos que o nascimento prematuro pode se inserir nesta última categoria, caso intervenções precoces não sejam dirigidas tanto à mãe quanto ao bebê, para ajudá-los a estabelecer o vínculo afetivo.

Sendo assim, o nascimento prematuro pode ser compreendido como um evento traumático para os pais e para o bebê, que são separados em um momento sensível para o estabelecimento do apego entre mãe-bebê (Klaus & Kennel, 1992). Muitas mães cujos bebês permanecem internados após o nascimento sentem um grande vazio no corpo e em torno delas, além de solidão, porque gostariam de estar com eles ao seu lado (Lamy, 2003). Sair sem o filho nos braços, encontrar o berço vazio, ouvir palavras de conforto ao invés das habituais felicitações e ver-se substituída pelo holding mecânico, que é oferecido pelo aparato tecnológico na UTI neonatal, aumenta o sentimento de impotência e incapacidade, podendo levar essas mulheres a uma depressão secundária (Camarotti, 2000).

O “trauma do nascimento”, ou a “experiência do nascimento”, como Winnicott (1949/1978, p. 321) preferiu se referir, geralmente é abordado em relação aos desdobramentos psíquicos que podem advir no bebê e posteriormente no sujeito. Tais desdobramentos poderão ser observados e trabalhados no só-depois (*après-coup*), por meio de um tratamento analítico. Este artigo, apesar de ter como objetivo discutir o impacto do nascimento prematuro no psiquismo materno, irá abordar as consequências deste acontecimento na constituição do psiquismo do sujeito emergente que é o bebê. Quando nos referimos à relação mãe-bebê não podemos separá-los, uma vez que o estado emocional e o comportamento de um poderão repercutir no outro membro da díade.

## NASCIMENTO PREMATURO E TRAUMA

Para Freud (1926/2014), o nascimento constitui uma experiência prototípica de angústia. A angústia surge como reação a uma situação de perigo que vai de encontro à autoconservação. Em uma nota adicionada em 1909 ao capítulo VI da Interpretação dos Sonhos, Freud (1900/2019) considera que “o nascimento é, por sinal, a primeira vivência de angústia e, portanto, fonte e modelo da angústia” (p. 447).

No caso do nascimento, a angústia se revela como produto do desamparo psíquico do bebê, fruto de seu desamparo biológico. Devido à imaturidade biológica do ser humano, o nascimento é vivido como experiência de desamparo (no original *Hilflosigkeit*). Freud (1926/2014) revela:

O biológico é a longa fase de desamparo e dependência do bebê humano. A existência intrauterina do ser humano mostra-se relativamente breve, comparada à da maioria dos animais; ele é trazido ao mundo menos “pronto” do que eles. [...] os perigos do mundo externo têm sua importância elevada, e o valor do único objeto capaz de proteger contra esses perigos e tomar o lugar da vida intrauterina é bastante aumentado. Portanto, o fator

biológico dá origem às primeiras situações de perigo e cria a necessidade de ser amado, que jamais abandona o ser humano (p. 101).

A noção de desamparo original (*Hilfflosigkeit*) foi descrita inicialmente por Freud (1895/1990), no *Projeto para uma psicologia científica*, e desde então a presença de um objeto primordial é tida como condição básica para a constituição do psiquismo do indivíduo, possibilitando que ele saia dessa situação traumática de tensão interna.

Segundo Pheulpin (2019), todo nascimento caracteriza-se por uma experiência de descontinuidade e ruptura pela passagem do ambiente aquático para o meio aéreo, da circulação umbilical para a cardíaca, o bebê perde a sua experiência de ritmos intrauterinos e passa a conhecer a gravidade, ele é separado do corpo da sua mãe, pelo corte do cordão umbilical. São tantas perdas inevitáveis que somente o envelope materno pode compensá-las. Desse modo, o ato de nascer não se cumpre sem certa violência, mesmo nas condições mais favoráveis, e deixará seus traços em cada um de nós. Como envelope materno entendemos os cuidados da mãe, que servem como contensor e organizador psíquico para o bebê. Em uma linguagem winnicottiana, seria o holding materno, que permite às mães a tarefa de prover um cuidado suficientemente bom ao bebê, favorecendo o seu desenvolvimento tanto físico como psicológico.

Winnicott (1949/1978), por outro lado, compreende que a experiência do nascimento normal, ou seja, saudável, juntamente com outras experiências favoráveis, propicia o desenvolvimento da confiança, do sentido de sequência, estabilidade e segurança do ego. Sendo assim, o autor considera o nascimento normal como não-traumático, uma vez que o bebê a termo é capaz de organizar defesas contra as intrusões ambientais e possíveis traumas que ocorrem no momento do nascimento. No entanto, o bebê é capaz de reagir a invasões por um período limitado de tempo. A reação neste estágio do desenvolvimento humano significa uma perda temporária de identidade. Isso faz surgir um sentimento de insegurança e de desesperança congênita, mas não herdada, com relação à sua vida pessoal. Nesse sentido Winnicott (1949/1978) afirma que,

Possivelmente a experiência do nascimento pode ser tão suave, que não chega a ter muita importância. Este é o meu ponto de vista no momento. Em oposição a isto, a experiência do nascimento cuja anormalidade ultrapasse um certo limite torna-se trauma do nascimento, passando então a ser imensamente significativa” (p. 321).

Se em um nascimento considerado “normal”, a termo, a partir da 37ª semana de gestação, existe a possibilidade de compensação dessas perdas e descontinuidades através do envelope materno, como ficam os casos de nascimento prematuro em que a separação do corpo da mãe e do bebê pode se estender por um tempo indeterminado, dependendo das condições clínicas do mesmo e da sua internação na Unidade de Tratamento Intensivo Neonatal (UTIN)?

No caso específico do nascimento prematuro, o trauma se instaura, uma vez que o continuar-a-ser do bebê é interrompido bruscamente e as intrusões se prolongam, quando ele é levado para o ambiente da UTI neonatal e o bebê é afastado temporariamente do cuidado materno ou de sua substituta.

O bebê é normalmente levado para a UTIN, caracterizando uma descontinuidade temporal dos cuidados maternos relacionada a uma invasão prolongada e excessiva pelo ambiente. No nascimento a termo, essa continuidade que é estabelecida pelo holding materno, é que possibilita ao bebê um sentimento de existir no mundo, ou seja, passar de um estado de não integração no qual nasce, para um estado de identidade unitária, permitindo o surgimento de um self. Nesse sentido, segundo Winnicott (1965/1994), a questão do trauma do nascimento não é considerada como estrutural, como afirmou Freud, mas sim como uma falha ambiental, que está relacionada à falta de provisão dos cuidados maternos, primordiais no estágio de dependência absoluta. Portanto, a relação inicial entre os sujeitos e os cuidados maternos e os sujeitos e o ambiente não é necessariamente traumática, pelo fato da mãe se colocar num estado de preocupação materna primária que possibilita ao bebê uma sustentação física e psicológica, um espaço de ilusão onde ele tem a sensação de onipotência, necessária para a criação de objetos internos (Zoring, Morsch, & Braga, 2004).

No entanto, esse estado tão crucial ao qual Winnicott (1964/1999) denominou de preocupação materna primária pode ser substituído, no caso de prematuridade, por uma modalidade interativa a qual Agman, Druon e Frichet (1999, p. 27) chamaram de "preocupação médico-primária", que permite à mãe se aproximar, conhecer e envolver-se com o bebê, através das informações técnicas e das condições clínicas do mesmo. Isso pode ocorrer pelo fato da internação e permanência do bebê na UTIN destituir da mãe a sua capacidade de cuidar do seu filho, deixando essa tarefa para o staff humano e não-humano (Rabello, 2004).

A UTI neonatal, por sua vez, não oferece garantias, apenas incertezas que deixam todos em estado de ameaça. É um lugar marcado pela instabilidade, imprevisibilidade e perigo de morte iminente. Diante disso, os pais podem viver o terror/pavor (*Schreck*) e entrar em estado de angústia automática. Outras vezes é o medo (*Furcht*) que marca as relações entre pais e bebê (Krodi, 2008). No caso do nascimento prematuro, pode ser o medo de sequelas na vida da criança ou até mesmo a sua morte.

Na fala de Miele (2004), podemos observar como o medo está constantemente presente quando se tem um filho internado na UTI neonatal.

A UTI é um lugar tenso: não adianta tentar adivinhar, você nunca sabe o que vai encontrar. É um lugar dinâmico: a cada dia pode-se deparar com um caso novo, ou com mais um berço vazio, sem explicações. Nunca pergunto porque o berço ficou vazio: prefiro não ter certeza.

Ter um filho na UTI é conviver com o medo 24 horas por dia. É sentir o coração disparando cada vez que você chega e só bater ritmado depois de pousar os olhos no seu bebê e ter certeza de que está tudo bem. Medo da perda, medo da piora, medo do futuro incerto, medo do presente. Medo da própria capacidade de suportar as notícias (p. 71).

Brazelton (1994) já dizia que “o nascimento de uma criança prematura é um choque” (p. 425). A gravidez é cessada bruscamente e toda a preparação para o parto e para a chegada do novo bebê é interrompida. Maldonado e Canella (2009) ressaltam que o primeiro impacto da notícia de um acontecimento inesperado, como, por exemplo, o nascimento prematuro, provoca surpresa e choque, seguindo-se de várias emoções que são despertadas de modo turbulento. Ao contrário de um nascimento a termo, no nascimento prematuro os presentes estão suspensos e as felicitações são interrompidas, a mãe e o bebê são separados (Agman et al., 1999).

Segundo Druon (1999, p. 37) no nascimento prematuro uma “tempestade psíquica” se abate sobre o casal, onde o bebê idealizado da gravidez não corresponde em nada ao bebê da incubadora. A autora relata que os pais que ela acompanha encontram-se em estado de choque, de sideração diante de uma situação catastrófica. É comum que além da angústia relacionada ao presente e ao futuro do bebê, as mães se sintam culpadas em relação ao nascimento prematuro.

No que se refere à discrepância entre o bebê real e o bebê imaginário, algumas mães podem sentir dificuldades para reconhecer seu filho prematuro. Mathelin (1999) afirma: “Com efeito, tudo se passa com frequência como se o bebê continuasse no ventre delas, como se ainda não tivessem dado à luz” (p. 70). Nesse sentido, os últimos meses de gestação constituem momentos fundamentais não só para a construção da criança, mas também para a construção da mãe, como bem ressalta a autora.

O nascimento prematuro pode ser considerado um evento traumático tanto para a mãe como para o bebê, pois consiste em um excesso de tensão vindo do exterior, aliado a uma falta de recurso do sujeito para responder a tal excesso. Para Rosa (2016), a irrupção do traumático aparece como “a desorganização subjetiva decorrente da emergência daquilo que está fora do sentido e da significação” (pp. 47-48). Um evento é tanto mais traumático quanto maior for a sua ancoragem na fantasia, que no caso específico da temática da prematuridade, pode-se dar como exemplo uma mãe que manteve uma ambivalência em relação à gestação e culpa-se pelo nascimento prematuro do filho (Agman et al., 1999).

No que se refere aos efeitos no bebê de um trauma decorrente da separação com a mãe, Winnicott (1965/1994) aponta que depois de um certo tempo, o bebê mergulha em uma experiência de agonia. Então, a ausência da mãe, que quando gradativa favorece o amadurecimento psíquico, não é vivida como tal: a ausência se transforma em vazio.

Como podemos notar que um bebê prematuro está em sofrimento psicológico? Para Maury (1999), a expressão somática é uma via privilegiada para a criança significar um estado de sofrimento psicológico. Portanto, devemos estar atentos aos sinais emitidos pelo bebê que apontam o uso de defesas contra a dor e o estresse prolongados e a estimulação excessiva, para proteger-se, defender-se e resguardar-se. Andrade (2002, p. 444) menciona as seguintes defesas utilizadas pelo bebê prematuro:

1. Fechamento sobre si mesmo: que Couronne (1997, p. 140) chama de "hibernação mental", onde os bebês reagem menos aos estímulos.
2. Sono como uma recusa de contato: nesse caso, o bebê faz uso do sono como uma forma de retraimento, evitando o contato com o meio.
3. Fixação adesiva do olhar: o bebê fixa o olhar de modo adesivo em um reflexo sobre a incubadora ou sobre algum objeto.
4. O desvio do olhar (excessivo): o bebê desvia o olhar sistematicamente.
5. Segurar um objeto ou tecido de modo adesivo: o bebê busca segurar um objeto de modo excessivo, como se procurasse um ponto de apoio.

No entanto, como afirma a autora, se essas defesas forem usadas frequentemente, o desenvolvimento psicoafetivo do bebê poderá ser prejudicado, uma vez que tais recursos irão dificultar as interações entre ele e seus pais.

Vale notar que o nascimento prematuro pode representar um evento traumático não só para o bebê e a sua família, mas também para os atendentes que cuidam do bebê prematuro e carregam a missão de devolver aos pais um filho vivo, perfeito e curado. Eles também enfrentam os primeiros contatos traumáticos, seja sustentando os pais para o reencontro com o filho ou, em alguns casos, tendo que prepará-los para a morte da criança. Os profissionais também têm que lidar com a rivalidade dos pais, a ambivalência e os eventuais desejos de morte em relação ao bebê (Pizzoglio, 1999). Além disso, podem esperar reconhecimento e às vezes encontram raiva e ódio ou uma total submissão por parte dos pais. "Pesa sobre eles nessa situação de crise, o peso do indizível e do intolerável" (Druon, 1999, p. 37).

Possibilidades de intervenção com a equipe de saúde também devem ser pensadas, com o objetivo de ajudá-la a desempenhar a sua função, explorando formas menos defensivas de lidar com a expressão das emoções que são inerentes à sua práxis, como, por exemplo, o medo da morte. Krodi (2008) aponta que, embora o medo da morte seja o maior fantasma das UTIs, ele não pode ser nomeado. Assim como podemos notar este medo nos pais do bebê internado, a equipe de profissionais também preenche as incubadoras vazias pelos óbitos sem falar sobre a dor e o investimento emocional dedicado aos bebês que faleceram. Não há tempo para o luto destas crianças.

O manual técnico de Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso – Método Canguru (Ministério da Saúde, 2017), recomenda que haja um espaço para a discussão livre de situações vivenciadas no dia-a-dia de trabalho dos profissionais que cuidam dos bebês e das suas famílias, incluindo assuntos que mobilizaram o grupo, como possíveis erros da equipe ou perdas com as quais ela deve lidar. Lima (2008) também comenta que as intervenções feitas com a equipe:

permite interrogar incessantemente as dificuldades cotidianas, remeter-se às fantasias de onipotência, às desidealizações, resgatar algo da humanidade inerente ao contato com a dor, a morte e sofrimento. Suportar a angústia desencadeada por algumas crianças e a agressividade dirigida à algumas famílias. Implicá-los na relação com os sujeitos envolvidos, inclusive tornando-os conscientes de seu papel mediador entre mãe/família e a criança (p. 139).

## O QUE FAZER DIANTE DESSE TRAUMA?

O que fazer para evitar o enquistamento de uma dor que poderia vir a dificultar a relação precoce com o bebê?

Podemos pensar em atendimentos individuais ou grupais às mães de bebês prematuros que visem a ressignificação do trauma vivido, através da potência da verdade e da fala daqueles que foram diretamente afetados pelo nascimento antecipado. Ressignificar a vivência traumática, através da rememoração e da fala mostra que a pulsão de vida se impôs sobre a pulsão de morte (De la Puente, 2005; Ocariz, Rudge, Sciulli, Pereira, & Navarro, 2014).

A valorização do discurso dos sujeitos é enfatizada na clínica da intervenção precoce, uma vez que esse trabalho de retroação e de ressignificação, possibilitará aos pais investir narcisicamente no filho, sem que os fantasmas parentais dificultem a instauração do vínculo inicial entre eles e a criança. Ademais, acreditamos na necessidade que os sujeitos possuem de narrar a cena traumática, por mais difícil que isso possa parecer, e que somente diante desse testemunho eles poderão subverter, no sentido de corte e ruptura como apontado por Ana Costa (2018), um círculo vicioso de revolução, ou seja, de repetição, que pode retornar na passagem das gerações. Para Rosa (2016), o não dito pode ser expresso em sintomas, angústias ou inibições, ou gerar repetições em ato, repetição desatualizada e fora do contexto. Portanto, segundo a autora, "a busca da verdade não traumatiza; pelo contrário, dá nomes e lugares, constrói história, separa o passado do presente, permite localizar as feridas e elaborar as dores – inibe as repetições sintomáticas" (p.64).

Rosa (2016) critica a desqualificação do discurso do sujeito, que aliado ao desamparo social, o leva ao silenciamento, afeta seu narcisismo e o remete à

angústia. Esse emudecimento não é estrutural, mas temporário, que funciona como uma proteção necessária para a sobrevivência psíquica. Apesar de a autora se referir a outros grupos sociais excluídos, não podemos deixar de pensar que a escuta das mães de bebês prematuros pode fazer surgir um sujeito desejante e vivo, que está vivenciando uma condição traumática, que é o nascimento prematuro. Portanto, antes de patologizarmos essas mulheres, que estão sob uma condição traumática, com diagnósticos e estruturas, é preciso que elas sejam escutadas, pois mesmo nas situações mais adversas é possível vislumbrar o efeito estruturante e organizador da escuta psicanalítica.

Um exemplo de intervenção dirigida às mães de bebês prematuros é o grupo Criar-Te. Trata-se de uma oficina terapêutica de criatividade em que são confeccionados objetos relacionados aos recém-nascidos internados, como enfeites para incubadoras, porta-retratos e álbuns de bebê. As reuniões do grupo acontecem semanalmente no Instituto Fernandes Figueira, no Rio de Janeiro, desde 2001, com duração de aproximadamente duas horas. Esse grupo utiliza o referencial winnicottiano e possibilita às mães narrarem de forma genuína e criativa a história do nascimento de seus bebês, facilitando a elaboração da experiência de interrupção abrupta da gestação vivenciada por elas (Almeida, 2004).

Esse trabalho possibilita um olhar para o bebê de uma forma criativa, permitindo-as elaborar a dor de vê-lo internado. Os objetos construídos simbolizam a tarefa das mães de construção da representação dos seus bebês, processo que foi interrompido com o nascimento prematuro.

Uma outra forma possível de enfrentar o enquistamento pode se dar através do recurso da literatura como uma tentativa do sujeito de se aproximar do real, através das palavras, dando o testemunho da sua experiência que é única e insubstituível (Seligmann-Silva, 2005). Nesse sentido, Kehl (1991) acrescenta que "escrever é um dos recursos de que podemos nos valer para inverter, ainda que precariamente, a posição passiva que experimentamos diante da catástrofe, e que nos causa tanto horror" (p. 139). No texto "O esquecimento do pai", de Altounian (2008), a autora nos mostra a necessidade pessoal de colocar em palavras, através da narrativa escrita, a história catastrófica vivida pela sua família, para que ela pudesse sepultar o passado de seus ancestrais. A escrita, portanto, possui uma função simbolizadora, de marcar o passado, dando lugar ao presente e ao futuro, tempos interditos pelo trauma.

O livro "Mãe de UTI: amor incondicional", de Miele (2004), cuja apresentação foi escrita pelo psicanalista José Outeiral, pode ilustrar a necessidade de se testemunhar o trauma do nascimento de um filho enfermo. A autora do livro é mãe de uma criança que nasceu com um problema cardíaco e passou por um longo período de internação em uma UTI neonatal. Apesar de ter nascido com 37 semanas e não ser considerada prematura, o livro mostra a possibilidade de elaborar situações dramáticas e dolorosas de uma mãe que teve que lidar com sentimentos intensos.

Por fim, o Método Canguru também pode ser considerado como uma possibilidade de reencontro do corpo e do cuidado materno e como um facilitador do ambiente favorável e do desenvolvimento dos processos de maturação, ajudando os pais a se aproximarem do bebê real e a elaborarem o luto do filho idealizado durante a gestação. O Método Canguru surge na Colômbia na década de 1970 e no Brasil, o método começou a ser usado em 1993, no Recife e com o tempo foi sendo adotado em outros hospitais públicos de todo o país, tornando-se uma política nacional de saúde pública, regulamentada pelo Ministério da Saúde (Wilheim, 1997). É reconhecido em 2000, a partir da publicação da Norma de Atenção Humanizada ao Recém-Nascido de Baixo Peso (Sanches, Costa, Azevedo, Morsch, & Lamy 2015).

O bebê tem necessidades que só o contato humano pode satisfazer, como se envolver pelo ritmo respiratório da mãe, ouvir e sentir os batimentos cardíacos de um adulto, sentir o cheiro dos pais e ouvir os sons do meio ambiente, sem que ele seja deixado com seus próprios recursos, em uma fase de imaturidade e dependência absoluta. Tais necessidades refletem o fato de que os bebês estão sujeitos a ansiedades terríveis, que só o contato humano ou familiar pode pôr fim. Sendo assim, o bebê não deve ser deixado a sós por muito tempo, para que não passe por experiências que, segundo Winnicott (1970/1999) só podem ser descritas através de expressões como

ser feito em pedaços  
cair para sempre  
morrer e morrer e morrer  
perder todos os vestígios de esperança de renovação de contatos  
(p. 76).

O Método Canguru possibilita a satisfação de algumas necessidades básicas do bebê, transformando estes sentimentos terríveis em experiências positivas, vindo a somar-se à confiança que ele adquire com relação ao mundo e às pessoas. A experiência deste Método poderá auxiliar a criança em seu processo de integração e na construção de um ego corporal, tornando-a assim uma pessoa inteira. No que tange à mãe, o Método pode oferecer suporte para que ela, através de sua devoção e do contato corporal com o seu filho prematuro, possa proteger o vir-a-ser do seu bebê, que segundo Winnicott (1960/1983), dependerá de um ambiente sustentador.

O depoimento de uma mulher, no capítulo “Os primeiros dias na UTI”, de Braga e Morsch (2003), que passou pela experiência do Método Canguru pode ilustrar o quanto ele pode amenizar o trauma da separação precoce entre mãe-filho:

A compensação é que logo depois que me tornei uma mãe-canguru e vivi um dos momentos mais fantásticos da maternidade. Senti minha filha em sua inteireza pela primeira vez. Taí uma coisa que só mãe de prematuro conhece. Pegar seu bebezinho com uma semana de nascido, ou mais, tocar, trocar

olhares, sentir sua fragilidade, poder dizer bem perto 'a mamãe está aqui, logo, logo a gente vai para casa', ficar horas com ele ali, agarradinho, foi, e continua sendo, ma-ra-vi-lho-so. Lembrar daquela sensação enche minha alma e meu coração. Tanto que me tornei uma das divulgadoras do canguru estimulando outras mães a fazê-lo (p. 66).

Vale notar que o Método Canguru pode ser iniciado se assim for o desejo da mãe e tão logo as condições clínicas do bebê permita que ele permaneça na posição vertical em contato pele-a-pele com o seu cuidador, não necessariamente a mãe.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

O trabalho clínico, através da fala dos pais e da relação transferencial que é estabelecida com o analista ou nas relações com o grupo terapêutico em que a família esteja sendo atendida, sobre esse acontecimento traumático que é o nascimento prematuro consiste em uma aposta de tornar os sujeitos livres de uma cena que os aprisiona em um passado atemporal de dor e solidão. É preciso que o discurso seja endereçado a um outro que possa romper a repetição, para que a vida possa seguir o seu rumo e o trauma ser elaborado psiquicamente, para que então ele possa se inscrever no passado. Zygouris (1995), aponta que "... para sair de uma cena traumática não se pode estar sozinho. É preciso que haja um outro aparelho psíquico, um semelhante, para poder juntar as pulsões, os afetos e palavras, por seu intermédio e aposta" (p. 246).

Com base na sua experiência profissional enquanto psicanalista em unidade de terapia intensiva neonatal, Battikha (2001) afirma que:

Nos primeiros encontros da mãe com esse filho, há necessidade de uma escuta, lugar de especificidade do analista, em uma atuação interdisciplinar no hospital, que torne possível nomear essa experiência singular, demandando palavras, onde poderia ficar o silêncio enlouquecedor. A palavra rearticula, deslizando do traumático do não representável (p. 46).

O nascimento prematuro faz os pais vivenciarem a situação de desamparo do filho, o que faz ressurgir sua própria experiência de bebê desamparado (*Hilflosigkeit*-desamparo primário). Para tanto, é primordial que no espaço da UTIN uma rede de cuidados busque proporcionar alívio, sustentação e qualidade de vida para todos que estão inseridos nesse ambiente. A escuta analítica permitirá que o desejo do sujeito seja escutado, para além de medidas protocolares e da cultura institucional (Krodi, 2008).

Além do trabalho psicanalítico de escuta, a literatura e o Método Canguru, possibilitam aos sujeitos fazerem um contorno naquilo que é real, indizível e traumático. Intervenções precoces por meio da fala e das representações artísticas devem ser dirigidas à dupla mãe-bebê para que o trauma do nascimento prematuro não a impeça de elaborar o luto do bebê imaginário e de estabelecer

um vínculo afetivo com o seu filho real. Se o nascimento prematuro não pôde ser evitado, novas significações poderão ser imaginadas, a fim de que os restos traumáticos sejam assimilados, transmitidos e transformados.

Como desafios do psicanalista, trabalhar a contra-transferência e a resistência à escuta por parte do analista devem ser questões primordiais para a sua prática profissional, uma vez que ele também está implicado na relação com esse sujeito que se vê impossibilitado de simbolizar a sua dor e perda advinda do acontecimento traumático do nascimento inesperado do seu bebê.

## REFERÊNCIAS

- Agman, M., Druon, C., & Frichet, A. (1999). Intervenções Psicológicas em Neonatologia. In D. B. Wanderley (Ed.), *Agora eu era o rei: Os entraves da prematuridade* (pp. 17-34). Salvador, BA: Ágalma.
- Almeida, M. B. V. (2004). Grupo Criar-Te: A criatividade em UTI neonatal. In R. O. Aragão (Ed.), *O bebê, o corpo e a linguagem* (pp. 191-200). São Paulo, SP: Casa do Psicólogo.
- Altounian, J. (2008). Terror e esquecimento: A literatura como resgate da figura do pai. In A. Jacques, & C. Chabert (Eds.), *O esquecimento do pai* (pp. 27-42). São Paulo, SP: Edusp.
- Andrade, M. A. G. (2002). Considerações sobre o desenvolvimento psicoafetivo do bebê pré-termo. In F. L. Corrêa et al., *Novos olhares sobre a gestação e a criança até os 3 anos: Saúde perinatal, educação e desenvolvimento do bebê* (pp. 438-457). Brasília, DF: L.G.E.
- Battikha, E. C. (2001). Intervenção precoce no vínculo mãe-bebê especial em uma unidade de terapia intensiva neonatal. In M. C. Camarotti (Ed.), *Atendimento ao bebê: Uma abordagem interdisciplinar* (pp. 43-48). São Paulo, SP: Casa do Psicólogo.
- Braga, N. A., & Morsch, D. S. (2003). Os primeiros dias na UTI. In M. E. L. Moreira (Ed.), *Quando a vida começa diferente: O bebê e sua família na UTI Neonatal* (pp. 51-68). Rio de Janeiro, RJ: Fiocruz.
- Brazelton, T. B. (1994). *Momentos decisivos do desenvolvimento infantil*. São Paulo, SP: Martins Fontes.
- Ministério da Saúde. (2017). *Norma de atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso: Método-canguru*. Brasília, DF: Autor. Disponível em [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao\\_humanizada\\_metodo\\_canguru\\_manual\\_3ed.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_humanizada_metodo_canguru_manual_3ed.pdf)
- Camarotti, M. C. (2000). De braços vazios: Uma separação precoce. In C. M. F. Rohenkohl (Ed.), *A clínica com o bebê* (pp. 49-62). São Paulo, SP: Casa do Psicólogo.
- Couronne, M. (1997). O prematuro: Um bebê inteiro à parte. In M. C. Busnel (Ed.), *A linguagem dos bebês: Sabemos escutá-los?* (pp. 136-145). São Paulo, SP: Escuta.
- Costa, A. (2018). Considerações sobre transmissão e posição clínica no discurso. In M. D. Rosa, A. M. M. Costa, & S. Prudente (Ed.), *As escritas do ódio: Psicanálise e política* (pp. 53-66). São Paulo, SP: Escuta.
- De la Puente, M. (2005). A teoria freudiana do trauma revisitada. *Revista Brasileira de Psicanálise*, 39(1), 141-153.
- Druon, C. (1999). Ajuda ao bebê e aos seus pais em terapia intensiva neonatal. In D. B. Wanderley (Ed.), *Agora eu era o rei: Os entraves da prematuridade* (pp. 35-54). Salvador, SP: Ágalma.
- Freud, S. (1990). Projeto para uma psicologia científica. In *Publicações Pré-Psicanalíticas e Esboços Inéditos*, (Vol. 1, pp. 212-305). Rio de Janeiro, RJ: Imago. (Trabalho original publicado em 1895).
- Freud, S. (2014). Inibição, sintoma e angústia. In *Inibição, sintoma e angústia, o futuro de uma ilusão e outros textos* (Vol. 17, pp. 13-123). São Paulo, SP: Companhia das Letras (Trabalho original publicado em 1926).
- Freud, S. (2019). A interpretação dos sonhos. In *O trabalho dos sonhos* (Vol. 4, pp. 318-557). São Paulo, SP: Companhia das Letras. (Trabalho original publicado em 1900).
- Kehl, M. R. (1991). O sexo, a morte, a mãe e o mal. In A. Nastrovski, & M. Seligmann-Silva (Eds.), *Catástrofe e representação* (pp. 137-148). São Paulo, SP: Editora Escuta.

- Klaus, M. H., & Kennell, J. H. (1992). *Pais/Bebês – A formação do apego*. Porto Alegre, RS: Artes Médicas.
- Krodi, P. (2008). Cuidados paliativos em neonatologia: À escuta do indizível. In M. C. M. Kupfer, & D. Teperman (Eds.), *O que os bebês provocam nos psicanalistas?* (pp. 115-134). São Paulo, SP: Escuta.
- Lamy, Z. C. (2003). Metodologia Canguru: Facilitando o encontro entre o bebê e sua família na UTI Neonatal. In M. E. L. Moreira (Ed.), *Quando a vida começa diferente: O bebê e sua família na UTI Neonatal* (pp. 141-156). Rio de Janeiro, RJ: Fiocruz.
- Lebovici, S. (1987). *O bebê, a mãe e o psicanalista*. Porto Alegre, RS: Artes Médicas.
- Lima, L. A. (2008). Intervenção precoce em neonatologia. In E. S. N. Lange (Ed.), *Contribuições à psicologia hospitalar: Desafios e paradigmas* (pp.129-44). São Paulo, SP: Vetor.
- Maldonado, M. T., & Canella, P. (2009). *Recursos de relacionamento para profissionais de saúde: A boa comunicação com clientes e seus familiares em consultórios, ambulatórios e hospitais*. São Paulo, SP: Novo Conceito.
- Mathelin, C. (1999). *O sorriso da Gioconda: Clínica psicanalítica com os bebês prematuros*. Rio de Janeiro, RJ: Companhia de Freud.
- Maury, M. (1999). Intervenções psicoterápicas nos bebês e seus pais no hospital. In A. Guedeney, & S. Lebovici (Eds.), *Intervenções psicoterápicas pais/bebê* (pp. 119-133). Porto Alegre, RS: Artes Médicas Sul.
- Miele, M. J. (2004). *Mãe de UTI: Amor incondicional*. São Paulo, SP: Terceiro Nome.
- Ocariz, M. C., Rudge, A. M., Sciulli, M. C. G., Pereira, M. L. I. E. M., & Navarro, N. C. (2014). O trauma, a palavra e a memória na Clínica do Testemunho. *Revista Percurso*, 52, 149-171.
- Pheulpin, M. C. (2019). Quando falta a respiração: A escuta do corpo pulsional. In D. S. Chatelard, & M. C. Maesso (Eds.), *O corpo no discurso psicanalítico* (pp. 71-79). Curitiba: Appris Editora.
- Pizzoglio, Y. Q. (1999). Presença de um psicanalista em reanimação neonatal como auxiliar da vida psíquica. In A. Guedeney, & S. Lebovici. *Intervenções psicoterápicas pais/bebê* (pp. 111-117). Porto Alegre: Artes Médicas Sul.
- Rabello, A. (2004). A função simbólica da UTI neonatal. In Aragão, R. O. (Ed.). *O bebê, o corpo e a linguagem* (pp. 177-189). São Paulo, SP: Casa do Psicólogo.
- Rosa, M. D. (2016). *A clínica psicanalítica em face da dimensão sociopolítica do sofrimento*. São Paulo, SP: Escuta.
- Sanches, M. T. C., Costa, R., Azevedo, V. M. G. O., Morsch, D. S., & Lamy, Z. C. (2015.). *Método Canguru no Brasil: 15 anos de política pública*. São Paulo, SP: Instituto de Saúde.
- Seligmann-Silva, M. (2005). Literatura e trauma: Um novo paradigma. In *O local da diferença* (pp. 103-118). São Paulo, SP: Editora 34.
- Wilheim, J. (1997). O prematuro na UTI Neonatal. In *O que é psicologia pré-natal?* (pp. 87-92). São Paulo, SP: Casa do Psicólogo.
- Winnicott, D. W. (1978). Recordações do nascimento, trauma do nascimento e ansiedade. In *Textos selecionados: Da pediatria à psicanálise – Obras escolhidas* (pp. 313-339). Rio de Janeiro, RJ: Imago. (Trabalho original publicado em 1949).
- Winnicott, D. W. (1983). Teoria do relacionamento paterno-infantil. In *O ambiente e os processos de maturação: Estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional* (pp. 38-54). Porto Alegre, RS: Artmed. (Trabalho original publicado em 1960).
- Winnicott, D. W. (1990). A experiência do nascimento. In *Natureza humana* (pp. 165-172). Rio de Janeiro, RJ: Imago. (Trabalho original publicado em 1949).
- Winnicott, D. W. (1994). O conceito de trauma em relação ao desenvolvimento do indivíduo dentro da família. In C. Winnicott, R. Shepherd, & M. Davis (Eds.), *Explorações psicanalíticas D. W. Winnicott* (pp.102-115). Porto Alegre, RS: Artes Médicas. (Trabalho original publicado em 1965).
- Winnicott, D. W. (1999). O recém-nascido e sua mãe. In *Os bebês e suas mães* (pp.29-42). São Paulo, SP: Martins Fontes. (Trabalho original publicado em 1964).
- Winnicott, D. W. (1999). A dependência nos cuidados infantis. In *Os bebês e suas mães* (pp.72-78). São Paulo, SP: Martins Fontes. (Trabalho original publicado em 1970).
- Zornig, S. M. A. J., Morsch, D. S. M., & Braga, N. A. (2004). Parto prematuro: Antecipação e descontinuidade temporal? In R. O. Aragão (Ed.), *O bebê, o corpo e a linguagem* (pp.165-174). São Paulo, SP: Casa do Psicólogo.
- Zygouris, R. (1995). Sortilégios da cena traumática. In *Ah! As belas lições!* (pp. 229-250). São Paulo, SP: Escuta.

## CONFLITO DE INTERESSES

Não há conflitos de interesse.

## SOBRE AS AUTORAS

Andréa Leão Leonardo-Pereira de Freitas é psicóloga, mestre em Psicologia pela Universidade Federal do Amazonas e doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica e Cultura da Universidade de Brasília.

E-mail: [leao.freitas@uol.com.br](mailto:leao.freitas@uol.com.br)

 <https://orcid.org/0000-0001-8969-654X>

Eliana Rigotto Lazzarini é psicóloga, doutora em Psicologia Clínica pela Universidade de Brasília. Professora associada do Departamento de Psicologia Clínica do Instituto de Psicologia da Universidade de Brasília.

E-mail: [elianalazzarini@gmail.com](mailto:elianalazzarini@gmail.com)

 <https://orcid.org/0000-0002-6740-5059>